



Jan Kutscher

10/2008

Personalbedarfsberechnung aus Leistungseinheiten, Anhaltzahlen und Arbeitsplatzbesetzungen

- Langfassung -

(Kurzfassung erschienen in: Arzt und Krankenhaus, 11/2008, S. 329-332)

1 Methoden der Personalbedarfsberechnung

Die Berechnung des Personalbedarfs kann grundsätzlich nach unterschiedlichen Methoden erfolgen (siehe Abbildung 1). Jede dieser Methoden hat ihre spezifischen Vor- und Nachteile, so dass man nicht von „der besten Methode“ sprechen kann. Auch sollte man sehr vorsichtig sein, „im DRG-Zeitalter“ einzelne Methoden als „überholt“ zu deklarieren (siehe hierzu Abschnitt 2).

Vielmehr kommt es bei der Personalbedarfsberechnung in der Krankenhauspraxis darauf an, die verschiedenen Methoden so miteinander zu kombinieren, dass

- a) das Ergebnis aussagekräftig und für die Beteiligten nachvollziehbar sowie
- b) der Erhebungsaufwand so gering wie möglich ist.

Für die einzelnen Leistungsbereiche einer Abteilung sind i.d.R. verschiedene Berechnungsmethoden anzuwenden. Dennoch ist vor der Illusion eines „exakten Ergebnisses“ bei Verwendung der „richtigen Methodenkombination“ zu warnen. Eine seriöse Personalbedarfsberechnung kann allenfalls – aber immerhin – Anhaltspunkte für vorhandene Potenziale bezüglich Leistungssteigerungen und/oder Personalkostensenkungen geben (siehe Abschnitt 4).



Abbildung 1: Methoden der Personalbedarfsermittlung im Vergleich

Methoden der Personalbedarfsermittlung im Vergleich (1)			
Berechnung auf der Basis von Anhalts-/Kennzahlen	Berechnung auf der Basis von Leistungseinheiten	Arbeitsplatz-/Arbeitszeitbedarfsmethode	Organisationsanalytisches Verfahren
<p>Welcher Personalbedarf ist bei entsprechender Leistungsstruktur (oder ggf. Erlösstruktur) auf Grund des Vergleichs mit anderen Organisationen erforderlich?</p>	<p>Welche Leistungen sind zu erbringen? Wie viel Minuten werden für die Erbringung der einzelnen Leistungen benötigt?</p>	<p>Welche Arbeitsplätze sind in welchen Zeiträumen zu besetzen?</p>	<p>Welche Arbeitsplätze sind in welchen Zeiträumen zu besetzen, wenn Strukturen und Arbeitsabläufe optimiert würden?</p>



Methoden der Personalbedarfsermittlung im Vergleich (2)

Berechnung auf der Basis von Anhalts-/Kennzahlen	Berechnung auf der Basis von Leistungseinheiten	Arbeitsplatz-/Arbeitszeitbedarfsmethode	Organisationsanalytisches Verfahren
<ul style="list-style-type: none"> + Schnelle Orientierung bei Rückgriff auf vorhandene Vergleichsdaten möglich - Vergleichbarkeit oft eingeschränkt (spezif. Leistungsspektrum, örtliche Besonderheiten) - Keine Analyse des Wertschöpfungspotenzials („auch Gute können noch besser werden“) - Keine Ansatzpunkte für konkrete Verbesserungen 	<ul style="list-style-type: none"> + Möglichkeit zur Berechnung auf Basis des jeweiligen Leistungsspektrums + Hohe Transparenz - Tendenzielle Bedarfsüberschätzung bei gegebenen/möglichen Leistungsparallelitäten oder Synergieeffekten - Aufwändige Bezugswertbildung mit hohem Ungenauigkeitsrisiko bei komplexen oder seltenen Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> + Einfache Berechnung + Schnelle Erkennung offensichtlicher Überbesetzungen („Durchzählen“) - Keine Berücksichtigung bestehender Ineffizienzen 	<ul style="list-style-type: none"> + Aufzeigen struktureller und prozessualer Optimierungsansätze - Vergleichsweise hoher Analyseaufwand

Dr. Hoff • Weidinger • Herrmann
 Arbeits(zeit)organisation im Krankenhaus

Die Anhalts-/Kennzahlenmethode und die Leistungseinheitenmethode sind insofern miteinander „verwandt“, als jede Anhaltszahl als „Benchmark“ i.d.R. maßgeblich auf die Erbringung von Leistungseinheiten zurückzuführen ist.

So bildet beispielsweise die Anhaltszahl „fixer Fallwert“ die erforderliche Zeitbindung für die Erbringung der ärztlichen Leistungen ab, die für jeden Patienten unabhängig von der Verweildauer benötigt wird – wie Aufnahme- und Entlassuntersuchung, Arztbriefherstellung, Angehörigengespräch usw.

Ebenso beruht die organisationsanalytische Methode letztlich immer auf der Arbeitsplatz-/Arbeitszeitbedarfsmethode – mit dem Unterschied, dass die Zahl der zu besetzenden Arbeitsplätze unter der Annahme einer optimierten Aufbau- und Ablauforganisation berechnet wird.

2 Personalbedarfsberechnungen auf Basis der InEK-Kalkulation

Personalbedarfsberechnungen anhand von InEK-Kalkulationsdaten (mitunter auch als „DRG-Erlösmethode“ bezeichnet) stellen keinesfalls neue Berechnungsverfahren dar, sondern sind lediglich Sonderformen der Anhalts-/Kennzahlenmethode.

Die InEK-Kalkulationsdaten können dabei in unterschiedlicher Form für Personalbedarfsberechnungen verwendet werden:



- So können etwa die *Personalbindungsminuten pro DRG* herangezogen werden. In diesem Fall werden die in den Abteilungen der InEK-Kalkulationsstichprobe (von den einzelnen Berufsgruppen) erbrachten Einzelleistungen für einen Patienten summiert und als Anhaltszahl verwendet.
- Ebenso ist es beispielsweise möglich, einen Vergleich auf Basis der den einzelnen Berufsgruppen zugeordneten Kosten für die DRG vorzunehmen.

Interessant sind die InEK-Kalkulationsdaten für Krankenhäuser vor allem deshalb, weil es sich um Vergleichswerte handelt, die aktuell, detailliert und umfassend sind sowie anhand einer für die Erlöskalkulation relevanten Stichprobe erhoben wurden. Auch kann mit Ihrer Hilfe eine Validierung anderweitig verwendeter Anhaltszahlen erfolgen.¹

Da es sich jedoch eben stets um Varianten der Anhalts-/Kennzahlenmethode handelt, weisen Personalbedarfsberechnungen auf der Grundlage von InEK-Daten andererseits auch grundsätzlich dieselben Nachteile auf. Hervorzuheben ist, dass auch sie lediglich den in den Vergleichshäusern der InEK-Stichprobe erreichten Effizienzgrad abbilden, der etwa zwischen operativen und konservativen Abteilungen durchaus unterschiedlich ist. Dies kann dazu führen, dass Krankenhäuser mit personellen Einsparmaßnahmen zuerst dort ansetzen, wo der Vergleichswert am niedrigsten ist – und nicht dort, wo das Effizienzsteigerungspotenzial am höchsten ist.

Auf InEK-Daten basierende Vergleiche sind hier insofern besonders kritisch, weil sie meist durch eine Gegenüberstellung von Umsatzerlösen und Personalkosten vermittelt werden. Es geht schlussendlich nicht um die Berechnung des erforderlichen Personalbedarfs, sondern darum, wie viele Vollzeitstellen durch die Umsatzerlöse finanziert sind (wobei noch diverse Schwierigkeiten bei der Erlöszuordnung zu den einzelnen Leistungserbringern hinzu kommen²). Dadurch wird suggeriert, dass eine Abteilung „ihr Geld verdient bzw. nicht verdient“. Kaufmännisch betrachtet liegt es dann nahe, dort anzusetzen, wo die Differenz zwischen Erlösen und Kosten am weitesten im Minusbereich ist. Da jedoch der Erlös maßgeblich u.a. von den durchschnittlichen fachspezifischen Organisationsgraden der InEK-Stichprobe abhängt, können auch solche Fachabteilungen unter zusätzlichen Rationalisierungsdruck geraten, deren Aufbau- und Ablauforganisation signifikant besser ist als in Abteilungen, die lediglich das Glück haben, dass in ihrem Fach „der Preis stimmt“.

Es muss also ebenfalls berücksichtigt werden, dass Preise stets Marktpreise sind – auch wenn es sich bei der Finanzierung des Gesundheitswesens bekanntlich um einen politisch regulierten Markt handelt. Somit spiegeln die Erlöse stets die am Markt realisierbaren bzw. die auf dem „Politikmarkt“ verhandelten Preise wider. Ein

¹ vgl. Tauch, J.G. (2008): Kompendium Personalwirtschaft und Personalcontrolling (7. Auflage). Gütersloh: Gütersloher Organisationsberatung.

² vgl. Beck, U. & Becker, A. (2007): Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus – orientiert an Leistungen oder Erlösen? In: Das Krankenhaus, Heft 09/07, S. 850-855.



Marktpreis lässt sich folglich nur zu einem geringen Teil auf die Herstellkosten zurückführen. So kann es passieren, dass etwa eine chronische strukturelle Unterfinanzierung oder ein niedriger Landesbasisfallwert über die Erlös-Kosten-Betrachtung zu einem Anschein vorhandener Rationalisierungserfordernisse bzw. -reserven führt – unabhängig davon, ob sie realisierbar sind oder nicht.

3 Personalbedarfsberechnung in der Praxis

Recht typische Anlässe für die Durchführung einer Personalbedarfsermittlung im ärztlichen Dienst sind, dass

- die Geschäftsführung eine unbefriedigende kaufmännische Situation feststellt und daher dem Chefarzt vorhält, seine Abteilung sei personell überbesetzt, oder
- die Ärzte ihre Überlastung, die sie auf einen gegenüber dem Leistungsvolumen zu geringen Personalbestand zurückführen, beklagen und anzeigen.

Welches methodische Vorgehen bzw. welcher „Methodenmix“ sich bei der Durchführung einer Personalbedarfsberechnung für den ärztlichen Dienst einer Krankenhausabteilung empfiehlt, sei im Folgenden am Beispiel einer Klinik für Innere Medizin skizziert.

3.1 Abstimmung des methodischen Vorgehens

Von essentieller Bedeutung sind die gemeinsame Abstimmung der im Einzelnen zu verwendenden Erhebungsmethoden und heranzuziehenden Daten sowie der Umgang mit einem möglicherweise als Untersuchungsergebnis festgestellten Anpassungsbedarf. Die Abstimmung sollte unbedingt im Vorfeld der Durchführung einer Berechnung zwischen Geschäftsführung und Abteilungsleitung erfolgen und auch die betroffenen Mitarbeiter einbeziehen, um die Ergebnisakzeptanz zu erhöhen.

Als Analysezeitraum ist – anstelle des letzten Kalenderjahres – oftmals ein möglichst kurz zurückliegender Jahreszeitraum günstiger, weil so auch unterjährige Entwicklungen in die Berechnung einbezogen werden können.

Bezüglich der Verwendung des Berechnungsergebnisses sollte vereinbart werden, dass die Personalbedarfsermittlung (durchaus wichtige) Hinweise für bestehende Leistungssteigerungs- und/oder Personalkostensenkungsmöglichkeiten liefert. Deren konkrete Realisierung sollte hingegen keinesfalls 1:1 aus dem Analyseergebnis abgeleitet werden (siehe 4.3).

3.2 Ermittlung des Arbeitszeitangebots



Bei der Bestimmung des ärztlichen Arbeitszeitangebots als Summe der Netto-Arbeitszeiten aller in der Abteilung tätigen Ärzte – zuzüglich von ihnen geleisteter Überstunden, die vergütet, also nicht durch Freizeit ausgeglichen wurden – sind einige Besonderheiten zu beachten.

So muss eine Abgrenzung erfolgen, wenn Abteilungsleistungen durch Dritte erbracht werden (etwa Beleg- oder Honorarärzte): Ob sie bei der Arbeitszeitangebots- oder Arbeitszeitbedarfsermittlung berücksichtigt werden, hängt maßgeblich auch davon ab, ob die Leistungsdaten eine entsprechende Zuordnung ermöglichen.

Auch muss geklärt werden, wie etwaige Überstundenpauschalen von Oberärzten und die Arbeitszeit des Chefarztes in die Berechnung einfließen sollen.

3.3 Ermittlung des Arbeitszeitbedarfs

Für eine Personalbedarfsberechnung, deren mit möglichst geringem Erhebungsaufwand erzielt Ergebnis gleichwohl aussagekräftig und nachvollziehbar ist, hat sich die Heranziehung der in Tabelle 1 aufgeführten Methoden bewährt.

Der Grundgedanke besteht darin, dass alle während der Regelarbeitszeit erbrachten Tätigkeiten Berücksichtigung finden, während die außerhalb davon erbrachten Leistungen nur über die hierfür erforderliche Personalvorhaltung in das Berechnungsergebnis einfließen.



Tabelle 1: Leistungsbereichsabhängige Methoden der Personalbedarfsermittlung am Beispiel einer Abteilung für Innere Medizin

Leistungsreich	Methode	Hinweise
Stationsbetreuung ohne Intensivstation	Anhaltzahlenmethode	Die fortgeschriebenen „klassischen“ Angaben zur ärztlichen Zeitbindung je Fall und je Belegungstag verfügen über eine ausreichende Validität und können daher weiterhin gut verwendet werden. Ggf. müssen jedoch Besonderheiten in den Vorgabewert einfließen. Erfolgen zum Beispiel Blutabnahmen durch die Ärzte, ist der hiermit verbundene Zeitaufwand separat nach Arbeitszeitverbrauchs- und/oder Leistungseinheitenmethode zu erheben. Auch sollte bei einem CMI außerhalb der Bandbreite 0,7 – 1,3 eine entsprechende Anpassung der Richtwerte erfolgen.
Intensivmedizinische Leistungen	Anhaltzahlen-, Leistungseinheiten- oder Arbeitszeitverbrauchsmethode	Die anzuwendende Methode hängt im Wesentlichen von der Organisation der Intensivstation ab: Wird sie internistisch geleitet, sollte eine Orientierung an den Anhaltzahlen erfolgen. Die fortgeschriebenen „klassischen“ Angaben zur ärztlichen Zeitbindung je Fall und je Belegungstag verfügen über eine ausreichende Validität und können daher weiterhin gut verwendet werden. Wird die Intensivstation hingegen beispielsweise anästhesiologisch geleitet und von der Abteilung für Innere Medizin lediglich konsiliarisch mitbetreut, bietet sich die Leistungseinheitenmethode (auf Basis der Anzahl der mitbetreuten internistischen Patienten) oder die Arbeitszeitverbrauchsmethode (gemäß dem durchschnittlichen Zeitaufwand für die konsiliarische Betreuung) an.
Funktionsuntersuchungen	Leistungseinheitenmethode	Die nach Untersuchungsarten untergliederten funktionsdiagnostischen Leistungen und Eingriffe während der Regelarbeitszeit werden addiert und mit ihrem durchschnittlichen Zeitaufwand multipliziert.
Konsiliarische Tätigkeit	Leistungseinheitenmethode	Die während der Regelarbeitszeit erbrachten Konsilien werden addiert und mit ihrem durchschnittlichen Zeitbedarf multipliziert.
ambulante Notfälle	Leistungseinheiten- oder Arbeitszeitverbrauchsmethode	Werden die ambulanten internistischen Notfallpatienten beispielsweise von den Stationsärzten mitbetreut, wird die Zahl der während der Regelarbeitszeit behandelten ambulanten Patienten summiert und mit der durchschnittlichen ärztlichen Zeitbindung multipliziert. Wird demgegenüber die Notfallambulanz durch einen internistischen Ambulanzzarzt besetzt, kann der mit der Besetzung dieses Arbeitsplatzes einhergehende Arbeitszeitverbrauch angesetzt werden (wobei die Auslastung des Arbeitsplatzes ggf. separat untersucht werden müsste).



Sonstige Ambulanzen	Leistungseinheitenmethode	Der Arbeitszeitbedarf für Privat-, Instituts- und sonstige Ambulanzen wird ebenfalls am günstigsten mit der Leistungseinheitenmethode bestimmt.
Notarztstätigkeit	Arbeitszeitverbrauchsmethode	Unabhängig davon, ob die notärztlichen Einsätze während der Regelarbeitszeit aus einem eigenen Notarzttdienst oder in Form von Abrufen etwa aus dem Stationsdienst heraus erfolgen, kann der jeweilige nachgewiesene Arbeitszeitbedarf kalkuliert werden.
Anwesenheitsdienst außerhalb des Regeldienstes	Arbeitszeitverbrauchsmethode	Im Zuge der Einführung unterschiedlich differenzierter rechtskonformer Bereitschaftsdienstregelungen ist die Berechnung des hiermit verbundenen Arbeitszeitverbrauchs mitunter recht komplex. Grundsätzlich sind alle Zeiten arbeitszeitbedarfssteigernd zu berücksichtigen, die auf Grund von Dienststruktur und Dienstfolge – z. B. durch Freizeitausgleich während des anschließenden Regeldienstes – einen erhöhten Arbeitszeitverbrauch zur Folge haben. Dabei spielt auch die Abrechnungsregel für den Bereitschaftsdienst, die u.a. etwaige Anrechnungen von Bereitschaftsdienst auf die Regelarbeitsstunden festlegt, eine bedeutende Rolle.

Insbesondere zwei Besonderheiten sind hierbei zu berücksichtigen:

- Auch während des Bereitschaftsdienstes werden i.d.R. Tätigkeiten im Rahmen der regulären Patientenbetreuung verrichtet (zum Beispiel Angehörigengespräche geführt, Arztbriefe geschrieben, Visiten durchgeführt oder administrative Aufgaben verrichtet).³ Für sie muss ein adäquater Ansatz gefunden werden. Nach unserer Erfahrung kann davon ausgegangen werden, dass nach Ende des Regeldienstes Montag-Freitag (ohne Feiertage) bis etwa 20 Uhr sowie an den Samstag/Sonntag/Feiertag-Vormittagen rund die Hälfte der Zeit mit solchen Regeltätigkeiten gefüllt ist. Das entsprechende Zeitvolumen ist daher vom Anwesenheitsdienst-Arbeitszeitverbrauch wieder abzuziehen.
- Auf der anderen Seite müssen bei Einführung rechtskonformer Bereitschaftsdienstmodelle häufig auslastungsabhängig Regelarbeitszeiten auch in weiten Teilen der Nächte und am Wochenende ausgewiesen werden, die aber nur bedingt oder auch gar nicht für Regeltätigkeiten (die z. B. bei der Stationsbetreuung

³ Dies ist gemäß BAG-Urteil 6 AZR 799/06 v. 25.04.2007 auch zulässig.



Regelleistungen während der oberärztlichen Rufbereitschaft	Ggf. Berücksichtigung des erhöhten Arbeitszeitangebots	erfasst sind) zur Verfügung stehen. Sie führen dann in jedem Fall zu einer Steigerung des Arbeitszeitbedarfs. Unabhängig von der arbeitsrechtlichen Bewertung ⁴ werden von Oberärzten vielfach Regelleistungen während der Rufbereitschaft erbracht (z. B. Operationen, Visiten oder zusätzliche administrative Tätigkeiten). Entweder sind diese Leistungen nicht als bedarfssteigernd zu berücksichtigen, oder es ist – wenn etwa keine differenzierte Leistungserfassung möglich ist – in Abhängigkeit von den durchschnittlichen Inanspruchnahmen die damit einhergehende Erhöhung des oberärztlichen Arbeitszeitangebots zu berücksichtigen.
Sonstiges	Anhaltzahlen- und/oder Arbeitszeitverbrauchsmethode	Hierunter fallen alle Tätigkeiten wie telefonische Abstimmungen, oberärztliches Assistenzarzt-Coaching, Dokumentationen, DRG-Kodierungen, oberärztliche Nachkodierungen und Arztbriefkorrekturen, Qualitätssicherung, interne Besprechungen/Fortbildungen usw. sowie zusätzliche Funktionen wie Ärztlicher Direktor, Laborleitung, Transfusionsbeauftragter u.a. Nach unserer Erfahrung hat es sich bewährt, wenn hierfür je ärztlichem Anwesenheitstag im Regeldienst (Montag-Freitag) pauschal eine Stunde angesetzt wird. Ein darüber hinausgehender Zeitaufwand wäre gesondert nachzuweisen.

4 Abschließende Hinweise

Auf einige immer wieder auftretende Phänomene und Fragen im Zusammenhang mit Ermittlungen des ärztlichen Personalbedarfs soll abschließend kurz eingegangen werden.

4.1 Umgang mit Richtwerten

Bei den Anhaltzahlen und Zeitanätzen für die einzelnen Leistungseinheiten wird meist auf die Angaben in den einschlägigen Richtwertkatalogen⁵ zurückgegriffen. Deren Heranziehung sollte durchaus reflektiert erfolgen,⁶ indem sie z. B. mit eigenen Erfahrungswerten der Abteilung und damit auch abteilungsspezifischen organisatorischen Besonderheiten verglichen werden. So ist etwa die berufsgruppenspezifische Aufgabenverteilung ebenso zu beachten wie Spezifika der Patientenstruktur

⁴ vgl. BAG-Urteil 6 AZR 455/91 v. 26.11.1992

⁵ vgl. Plücker, W. (2006): Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus. Wuppertal: DKI GmbH. Baumann, B., Diller, W. & Reehe, H. (1998): Personaleinsatz und Personalkosten im Krankenhaus-München: Bayerischer Kommunalen Prüfungsverband. Bofinger, W., Dörfeldt, D. & Tauch, J.G. (2001; laufende Nachlieferungen): Personalbedarf im Krankenhaus – Arbeitshandbuch. Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag.

⁶ vgl. Salfeld, R., Hehner, S. & Wichels, R. (2008): Modernes Krankenhausmanagement: Konzepte und Lösungen. Berlin: Springer.



(Grundmorbidity, Anteil von Privatversicherten mit höheren Erwartungen an ärztliche Zuwendungsdauer u.a.). Für derlei Besonderheiten muss aber stets begründet werden, warum und wie sie die einzelnen Zeitansätze beeinflussen.

Umstritten ist, wie die zweifelsohne bestehenden interindividuellen Leistungsunterschiede von Ärzten Eingang in die Berechnungen finden sollen. Der pauschale Ansatz von Korrekturfaktoren für die Anhaltswerte birgt die Gefahr, dass insuffiziente Arbeitsweisen von Mitarbeitern zu lange toleriert werden. Daher sollten ggf. kalkulierte Anpassungen stets separat ausgewiesen werden.

Dennoch kann bei aller Kritik an den Richtwertkatalogen oftmals eine erstaunlich geringe Abweichung zu entsprechenden Werten aus gesonderten Erhebungen der Abteilungen festgestellt werden. Und auch die Ergebnisse neuerer Berechnungsverfahren lassen sich recht gut überleiten.⁷ Insofern empfiehlt es sich, die „klassischen“ Richtwerte in jedem Fall als Validierungskriterien zu verwenden – auch, um der Gefahr des „Hochschaukelns“ zu begegnen, die der abteilungsspezifischen Personalbedarfskalkulation naturgemäß innewohnt.

4.2 Das Dilemma des Nachweises von Unterbesetzungen

Eine grundsätzliche, berechnungsmethodenunabhängige Problematik besteht darin, dass *vorhandene* personelle *Unterbesetzungen* deutlich schwieriger nachzuweisen sind als der umgekehrte Fall vorhandener *Überbesetzungen*. Hoffnungen auf zusätzliche Personaleinstellungen, die die Ärzte oftmals in Personalbedarfsberechnungen setzen, werden daher nicht selten enttäuscht.

Die Ursache liegt schlicht darin, dass ein Arzt nur soviel Leistungen erbringen kann, wie er seine individuelle Arbeitszeit hierfür zur Verfügung stellt. Man könnte also sagen, dass es schon rein logisch ausgeschlossen ist, dass die ärztliche Leistungszeit die ärztliche Arbeitszeit übersteigt. Ein höheres (und evtl. ja auch zu hohes) Arbeitsaufkommen wird daher bewältigt, indem

- die **Arbeitsproduktivität steigt** – etwa durch effizientere (berufsgruppen- und fachübergreifende) Organisation der Abläufe, das Weglassen nicht zwingend erforderlicher, ggf. redundanter Untersuchungen u.a.m. –
- und/oder der **Servicelevel reduziert** wird, indem beispielsweise Zuwendungszeiten gegenüber den Patienten verkürzt oder Reaktionszeiten bei nicht akuten Patientenrufen verlängert werden,
- und/oder das **Arbeitszeitangebot** etwa in Form von Überstunden **erhöht** wird (was in der Personalbedarfsberechnung – siehe 3.2 – jedoch berücksichtigt ist, sofern es sich nicht um „graue“ Überstunden handelt).

⁷ z.B. Weiss, M., Marx, G., Vagts, D.A., Leidinger, W., Sehn, N., Iber, Th. (2008): Personalbedarfsplanung in der Intensivmedizin im DRG-Zeitalter – ein neues leistungsorientiertes Kalkulationsmodell. In: Anästhesiologie & Intensivmedizin, Supplement Nr. 4/08, S. 41-52.



Ärztlicherseits wird dann oft mit einer unverantwortbaren Minderung der Behandlungsqualität und damit einhergehender Erhöhung des straf- und haftungsrechtlichen Risikos argumentiert, was so schnell wie möglich die Einstellung zusätzlichen Personals erfordere. Bei genauerer Analyse zeigt sich allerdings oftmals, dass gerade knappe personelle Ressourcen zu höherer Standardisierung und damit auch durchaus höherer Behandlungsqualität führen.

Unbestritten ist aber auch, dass es erhebliche Unterschiede der Servicelevel in deutschen Krankenhäusern gibt – und der Nicht-Mediziner ist bisweilen erstaunt über das Spektrum der Vorstellungen von einer fachlich optimalen Versorgung. Daher lässt sich keine allgemeingültige Stellenzahl festlegen, sondern nur die für den zwischen Geschäftsführung und Chefarzt vereinbarten Servicelevel optimale Besetzung. In die Festlegung des Servicelevels fließt natürlich auch die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses maßgeblich ein. Aber auch der „angemessene“ Ergebnisbeitrag jeder Abteilung ist hierbei bedeutsam, was durchaus zur Folge haben kann, dass eine Abteilung mit *günstigerer* Erlös-Kosten-Relation einen *höheren* Ergebnisbeitrag erbringen muss.

Um einen zusätzlichen Personalbedarf nachzuweisen, empfiehlt es sich daher stets, weitere Kriterien zu berücksichtigen und ggf. entsprechende Daten zu erheben – beispielsweise zur Einhaltung definierter und mit der Geschäftsführung abgestimmter Service- und Qualitätsstandards wie zeitliche Vorläufe für elektive Operationen oder Wartezeiten in der Notfallaufnahme sowie ggf. an andere Krankenhäuser „verlorene“ Patienten etc.

Auch sollte dabei die Position des Hauses auf dem (assistenz-)ärztlichen Arbeitsmarkt Berücksichtigung finden. Denn natürlich ist es zwar einerseits effizienter, wenn Funktionsuntersuchungen durch routinierte Oberärzte erfolgen. Andererseits sinkt jedoch die Attraktivität des Krankenhauses als Arbeitgeber, wenn die Assistenzärzte keine adäquaten Weiterbildungsmöglichkeiten erhalten.

Zusammenfassend kann deshalb konstatiert werden, dass eine Personalbedarfsberechnung immer eine **strategische Komponente** enthalten sollte. So sollten beispielsweise stets die durch eine höhere Personalbesetzung erzielbaren Leistungs- und damit Umsatzsteigerungspotenziale zwischen Geschäftsführung und Abteilungsleitung diskutiert und abgestimmt werden – und die Einstellungspolitik dementsprechend ausgerichtet werden.

4.3 Vom Berechnungsergebnis zur Anpassungsentscheidung

Wie unter 3.1 bereits angemerkt, sollte der Umgang mit den Ergebnissen einer Personalbedarfsermittlung stets im Vorfeld zwischen den Beteiligten abgestimmt werden. Eine kausale Ableitung von Stellenanpassungen aus dem Berechnungsergebnis verbietet sich aus mehreren Gründen:



- Der Arbeitszeitbedarf für ärztliche Tätigkeiten im Krankenhaus lässt sich mit keiner Methode bzw. Methodenkombination so exakt messen, dass das Messergebnis nicht noch diskussionsfähig wäre. Dies liegt u.a. an der Heterogenität ärztlicher Tätigkeit i.V.m. unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten und Serviceleveln, baulichen und technischen Besonderheiten usw.
- Der beispielsweise durch organisatorische Optimierungsmaßnahmen erzielbare Effizienzhebel ist nur bedingt aus den Berechnungsergebnissen ablesbar.
- Es muss stets der Einfluss einer Stellenanpassung auf die Leistungs(steigerungs)fähigkeit der Abteilungen berücksichtigt werden. Gerade in sehr kleinzahligen Abteilungen sind die Grenzen der Funktionsfähigkeit oftmals schnell erreicht und es droht bei Nichtbeachtung erforderlicher Mindestvorhaltungen leicht eine Abwärtsspirale aus Qualitäts- und Umsatzrückgang, fehlender Reaktionsfähigkeit auf eine kurzfristig verstärkte Nachfrage und Verschlechterung der Lage auf dem ärztlichen Arbeitsmarkt durch erhöhte Mitarbeiterunzufriedenheit.

Diese Einschränkungen sollten jedoch keinesfalls dazu verleiten, auf Personalbedarfsberechnungen im ärztlichen Dienst zu verzichten. Im Gegenteil: Einmal durchgeführte Erhebungen sollten durch laufende Aktualisierungen der Leistungszahlen fortgeschrieben und die Bemessungsgrundlagen fortlaufend verfeinert werden (etwa durch Stichprobenmessungen tatsächlicher Zeitbedarfe für einzelne administrative Tätigkeiten). Nur so kann aus einer „subjektiv gefühlten Überlastung“ eine nachvollziehbare Argumentationsbasis gegenüber der Geschäftsführung werden.

Vor allem aber ist bekanntlich nur das Messbare einer Steuerung zugänglich. Mehr Transparenz durch Zahlen steigert dementsprechend die Steuerungskompetenz für die Abteilungsleitung. Denn letztendlich wird der medizinische und wirtschaftliche Erfolg einer Abteilung künftig noch stärker davon abhängen, wie schnell und umfassend organisatorische Potenziale erkannt und realisiert werden.